

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 11166a

Uitspraak: 27 september 2012

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS-
ZORG**

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 20 oktober 2011 binnengekomen klacht van:

A
B
C
wonende te D en E
klagers
gemachtigde van C, dhr. F

tegen:

G
cardiothoracaal chirurg
werkzaam te E
verweerder
gemachtigde mr. K. Mous te Nijmegen

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- het verweerschrift
- de repliek
- de dupliek
- het proces-verbaal van het mondeling vooronderzoek
- de brief van de gemachtigde van verweerder d.d. 26 juni 2012
- transcripties van geluidsopnamen ontvangen op 3 juli 2012 van klagers
- de brief d.d. 10 juli 2012 met het medisch dossier van de gemachtigde van verweerder

- de brief met bijlagen d.d. 18 juli 2012 van de gemachtigde van verweerder.

Klagers A, B en de gemachtigde van C, F, hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek te worden gehoord. Verweester en haar gemachtigde hebben daarvan geen gebruik gemaakt. Van dat vooronderzoek is proces-verbaal opgemaakt dat zich onder de stukken bevindt.

De klacht is ter openbare zitting van 20 augustus 2012 behandeld. Van klagers waren aanwezig A en B; voorts de gemachtigde van C de heer F. Klagers hebben zich ter zitting tevens laten bijstaan door mr. R.L.M. van Dalen te Eindhoven. Verweester en haar gemachtigde waren aanwezig. De standpunten van partijen zijn toegelicht, waarbij zowel A en B alsook de gemachtigde van verweester gebruik hebben gemaakt van pleitnotities, welke zijn overgelegd.

Allereerst is aan de orde gesteld of de door klagers overgelegde transcripties van geluidsopnamen in de onderhavige procedure mogen worden betrokken c.q. als bewijs mogen worden gebezigd. De gemachtigden, mr. Van Dalen en mr. Mous, hebben de standpunten van partijen daaromtrent naar voren gebracht. Na een schorsing en beraad door het college, heeft het college besloten dat de transcripties geen onderdeel uit mogen maken van deze procedure om reden dat de gesprekken heimelijk zijn opgenomen en klagers zelf hebben aangegeven dat die opnamen plaatsvonden opdat zij de gebruikte medische terminologieën nog eens zouden kunnen nazoeken en zij een en ander op een later tijdstip konden uitleggen aan de toen zeer jonge dochter van de patiënt. Het gebruik van die opnamen om als bewijs te dienen van de inhoud van de gevoerde gesprekken zou nimmer de bedoeling zijn geweest, aldus klagers, zodat het college niet vermogt in te zien waarom klagers het opnemen van die gesprekken dan niet met betrokkenen hebben besproken of tenminste aan hen hebben gemeld.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende:

O, geboren in januari 1967, nader te noemen: de patiënt, was sinds 1993 bekend met M. Hodgkin, met tweemaal een recidief (in 1994 en in 1998), waarvoor hij meerdere keren met lokale radiotherapie en eenmalig met beenmergtransplantatie is behandeld. Op 19 mei 2009 werd patiënt opgenomen in H te I, waar de behandelend cardioloog een endocarditis diagnosticeerde. Op 10 juni 2009 hebben de cardiologen van dit ziekenhuis een klepvervanging op korte termijn na antimicrobiële behandeling voorgesteld hetgeen resulteerde in een schriftelijke overdracht van H naar het ziekenhuis, alwaar verweerder werkzaam is. In H is de longarts voor de preoperatieve beoordeling geconsulteerd. Deze had in het verleden een CT-scan van de thorax laten maken en heeft de daarop gevonden afwijkingen geïdentificeerd als gevolg van de bestralingen van weleer. De longarts vond, gelet op zijn eerdere bevindingen, geen contra-indicatie voor de klepvervangende operatie. Patiënt kwam in aanmerking voor een reguliere aortaklepvervanging met urgentie. Door de cardiothoracaal chirurg (hierna chirurg D te noemen) is patiënt vervolgens in het op 11 juni 2009 in H gehouden hartteamoverleg geaccepteerd voor de te verrichten hartklep-operatie met urgentie van een week. In eerste instantie was het risico als low ingeschat, maar gelet op de herhaalde radiotherapie in het verleden is het risico door hem als medium gekwalificeerd. De euroscore is niet toegepast, maar zou tot de classificatie 'low risk' hebben geleid.

Op 17 juni 2009, naar het protocol ook voorschrijft: een dag voor de operatie, heeft een nurse practitioner patiënt opgenomen. Van het intakegesprek heeft zij zowel in het medisch dossier als in het verpleegkundig dossier aantekeningen gemaakt. Zij heeft

tezamen met een arts assistent kennis genomen van een in opdracht van haar gemaakte thoraxfoto en in de medische status aangetekend dat die foto geen infiltraten laat zien en aangetekend: "X-thorax geen infiltraten. CT thorax wordt opgevraagd. Densiteit re? Afw LBK?". Zij heeft in H de CT-scan opgevraagd en naar aanleiding van haar bevindingen van de thoraxfoto telefonisch overleg gevoerd met patiënts' longarts in H, die gelet op zijn bevindingen geen bezwaar had tegen een operatie, hetgeen bevestigd was door patiënts' cardioloog in H. Van het opvragen van de CT-scan en het overleg met de longarts zijn door haar aantekeningen gemaakt in het verpleegkundig dossier. Zij heeft diezelfde middag nog overleg gehad met de cardiothoracaal chirurg (hierna chirurg c te noemen), die - op basis van de verwijzing door chirurg d - aangewezen was de operatie te verrichten. Zij heeft melding gemaakt van haar bevindingen, met name naar aanleiding van de thoraxfoto en de telefonische informatie van de zijde van de longarts uit het verwijzende ziekenhuis. Zij heeft tevens gemeld dat zij ook de CT-scan die daar gemaakt was, had opgevraagd. Dat dit gesprek heeft plaatsgevonden, heeft de nurse practitioner aangetekend in het dossier.

Chirurg c heeft de patiënt kort voor de operatie gesproken. Zij heeft met hem gesproken over de risico's van operaties in het algemeen en niet over de risico's van deze operatie in het bijzonder.

Op 18 juni 2009 is de operatie door chirurg c gestart. De opgevraagde CT-scan was op dat moment nog niet ontvangen. Vrijwel meteen aan het begin van de operatie constateerde chirurg c dat de weefsels ten gevolge van de eerdere bestralingen onverwacht strak en stug van consistentie waren, hetgeen het openen van het sternum (het borstbeen) bemoeilijkte. Zij heeft daarop een andere cardiothoracaal chirurg (hierna chirurg b te noemen), die zelf op het punt stond om te gaan opereren, om advies gevraagd. Chirurg b adviseerde haar om het sternum te openen met behulp van een asymmetrische spreider om ruimte te creëren en vooral voorzichtig te werk te gaan. Chirurg c heeft daarop zelfstandig de operatie hervat. Kort daarna ontstond als gevolg van scheuring door littekenweefsel een bloeding van de vena anonyma, die zij niet gestopt kreeg. Zij heeft daarop de hulp van verweerder, eveneens bezig met een operatie elders, ingeroepen. Verweerder heeft de plaats van chirurg c overgenomen, die voor het hele vervolg van de operatie de plaats van de assisterend cardiothoracaal chirurg heeft ingenomen. Verweerder heeft de patiënt aangesloten op de hartlongmachine en door middel van diepe koeling en het aanbrengen van een stuk PTFE graft ter plekke de bloeding weten te stoppen. Verweerder zag zich echter genoodzaakt om zijn eigen operatie voort te zetten, waarop hij en chirurg c de hulp van eerst genoemde chirurg d hebben ingeroepen, die de hartklep bij de patiënt heeft vervangen. Toen ook chirurg d zich genoodzaakt zag zijn eigen operatie voort te zetten, heeft verweerder de operatie ten tweede male overgenomen. Op dat moment bleek sprake te zijn van een ernstige luchtlekkage. De arteria pulmonalis en de linker hoofdbronchus bleken open te staan, waarop chirurg b, eveneens ten tweede male bij de operatie werd geroepen. Deze besloot een pneumectomie te verrichten, waarop een hartfalen van de rechter harthelft volgde, waaraan de patiënt is overleden.

Verweerder en chirurg d hebben het operatieverslag opgemaakt. Het operatieverslag is niet gedateerd.

Na het overlijden van de patiënt hebben verweerder en chirurg c de familie van de patiënt over diens overlijden en het verloop van de operatie ingelicht. Onder meer is gemeld dat de patiënt een natuurlijke dood is gestorven. Na 18 juni 2009 hebben nog vele ge-

sprekken met de familie plaatsgevonden, onder andere op 10 augustus en 7 september 2009 met verweerder.

Op 7 oktober 2009 heeft een calamiteitenmelding plaatsgevonden op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen aan de directie van het ziekenhuis.

3. Het standpunt van klagers en de klacht

Klagers verwijten verweerder het navolgende:

het niet tonen van daadkracht door verantwoordelijkheid te nemen voor de gehele operatie, eigen geplande operaties voorrang geven in plaats van met zijn ervaring 100% begeleiding te geven tot het einde van de operatie, mede gezien de onzekerheid en onervarenheid van de chef de clinique die de operatie is begonnen en de zeer ongewenste situatie om de operatie voort te laten zetten door de volgende cardio-thoracale chirurg; dat geen onderzoek is gedaan naar de mogelijke oorzaak van de beschadigde pulmonalis links en de hoofdbronchus; dat geen of zeer summiere verslaglegging van de operatie heeft plaatsgevonden; dat geen duidelijke informatie aan de nabestaanden is verstrekt direct na en de maanden na de fatale operatie; dat hij geen calamiteitenmelding aan de IGZ heeft gedaan; dat hij een 'natuurlijke dood' heeft vastgesteld terwijl hij niet bij de gehele operatie aanwezig is geweest en er ernstige twijfels waren over allerlei ingrepen en beschadigingen tijdens de operatie en dat hij de nabestaanden doelbewust op het spoor heeft gezet in te stemmen met 'natuurlijke dood' om verder onderzoek of obductie te vermijden.

Klagers hebben met nadruk verwezen naar het rapport van J van K en het rapport van L, M.

Kort en zakelijk weergegeven, hebben klagers nog het volgende aangevoerd.

Verweerder was in de gelegenheid om de hele operatie af te maken, doch heeft dit nagelaten. Zijn 'eigen' patiënt lag niet op hem te wachten; die kon door de arts-assistent verder worden behandeld.

De verslaglegging van de operatie is ver onder de maat voor een operatie van 8 uren, namelijk te summier en vol fouten. Van later door verweerder gemaakte incisies is niets vermeld.

De totaal onverwachte dramatische afloop van de operatie had moeten leiden tot een interne melding c.q. calamiteitenmelding.

Er was zeker een vermoeden van een niet-natuurlijke dood. Verweerder had geen verklaring van natuurlijke dood mogen afgeven, ook niet om de nabestaanden voor problemen te sparen.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft - kort en zakelijk weergegeven - verweer gevoerd als volgt.

Verweerder is zelf niet of nauwelijks betrokken geweest bij het tot stand komen van de rapporten waarnaar klagers verwijzen. Zo is verweerder nooit in de gelegenheid gesteld om een concept rapport te beoordelen. Er zijn in de rapporten feitelijke onjuistheden geslopen, hetgeen voorkomen had kunnen worden. In deze procedure is niet van belang of verweerder anders of beter had kunnen handelen, maar of hij met de wetenschap van toen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven. Terwijl verweerder ook zelf verplichtingen had op de OK, heeft hij tot tweemaal toe een deel van de behandeling van chirurg c overgenomen. Bovendien meende hij patiënt in de goede handen van de chirurgen d en c achter te laten. Patiënt was verzekerd van adequate zorg; steeds was de juiste expertise aanwezig.

Ten tijde van de operatie was het vooral zaak om de bloeding van de arteria pulmonalis en de hoofdbronchus zo spoedig mogelijk te stoppen en niet te zoeken naar de oorzaak ervan. Dit zou neer komen op obductie, hetgeen niet is toegestaan.

Het operatieverslag is door verweerder en chirurg d opgesteld. Het overgrote deel is van verweerder. Verweerder erkent dat zijn aantekeningen in het dossier betrekkelijk summier zijn, maar betwist dat de verslaglegging zodanig summier is geweest dat hij daarmee tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. De aantekeningen waren zeker voldoende om voor andere hulpverleners inzichtelijk te maken wat de stand van zaken was.

Vanwege de nauwe betrokkenheid bij de operatie heeft verweerder direct na het overlijden van patiënt de taak op zich genomen om de nabestaanden op de hoogte te stellen van het dramatische verloop van de operatie. Hij heeft geprobeerd in algemene bewoordingen alvast enige - duidelijke - uitleg te geven omtrent de opgetreden complicaties. Op dat moment ging dat moeizaam vanwege de hevige emoties. Daarna heeft verweerder nog meerdere gesprekken met de nabestaanden gehad.

Blijkens artikel 4a van de Kwaliteitswet Zorginstellingen rust de verplichting tot melding van calamiteiten niet op de arts, maar op de zorgaanbieder. Het ziekenhuis had in 2009 nog geen adequate procedure beschikbaar voor de interne melding van calamiteiten aan de raad van bestuur. Dit valt verweerder niet te verwijten. Het al dan niet doen van een calamiteitenmelding kan niet worden aangemerkt als een doen of nalaten met één van de in artikel 47 lid 1 Wet BIG genoemde tuchtnormen.

Verweerder heeft op geen enkel moment geprobeerd de nabestaanden te laten instemmen met een verklaring dat sprake was van een natuurlijke dood. In goed overleg met de andere betrokken chirurgen was verweerder destijds van oordeel dat geen sprake was van een niet-natuurlijke dood in de zin van de Wet op de Lijkbezorging. Indien een patiënt is overleden als gevolg van een operatie die lege artis is uitgevoerd en die ook geïndiceerd was, maar waarbij complicaties zijn opgetreden die tot overlijden hebben geleid, is toch sprake van een natuurlijke dood.

5. De overwegingen van het college

Het college overweegt met betrekking tot de klachtonderdelen als volgt:

Ad 1.

In het tuchtrecht gaat het om de individuele verwijtbaarheid en niet om het handelen van de vier cardiothoracaal chirurgen als geheel. Verweerder is niet gevraagd de gehele operatie over te nemen; verweerder heeft tot tweemaal toe een deel van de operatie overgenomen, waarbij hij zijn 'eigen' patiënt heeft overgelaten aan de arts-assistent. Het is niet aan klagers om te bepalen dat verweerder niet meer naar zijn 'eigen' patiënt behoefde terug te keren. Toen verweerder de operatie overdroeg aan chirurg d, wist hij dat laatstgenoemde meer ervaring had met klepvervanging en hij patiënt dus met een gerust hart aan deze chirurg kon overlaten. Dit klachtonderdeel wordt dan ook ongegrond bevonden.

Ad 2.

Op het moment dat er een bloeding van de arteria pulmonalis en luchtlekkage van de hoofdbronchus werd geconstateerd was het zaak er alles aan te doen die bloeding te stelpen. De situatie was er niet naar enig onderzoek naar de oorzaak van de bloeding te verrichten, daargelaten of dat mogelijk of toegestaan was. Chirurg b had bovendien gezien dat er bij patiënt sprake was van fibrotisch weefsel. Hoe het precies tot een bloeding is gekomen, zal echter nooit meer duidelijk worden.

Het college is van oordeel dat verweerder te dezen geen tuchtrechtelijk verwijt treft.

Ad 3.

Vast staat dat wel verslaglegging van de operatie heeft plaatsgevonden, namelijk door verweerder en chirurg d. Verweerder erkent dat het door hem verzorgde deel van de verslaglegging summier is. Het college is van oordeel dat de verslaglegging niet alleen summier maar ook gebrekkig is. Het bevat fouten en geeft onvoldoende informatie over de feitelijke gebeurtenissen en de hierbij spelende overwegingen, zodat dit klachtonderdeel in zoverre gegrond is.

Bovendien merkt het college op dat er in het operatieverslag, dat pas na herhaaldelijk verzoek van klagers aan hen is overgereikt, storende fouten zijn vermeld c.q. blijven staan. Zo leest het college dat er sprake zou zijn van een ischaemische hartziekte, quod non; de standaardinstructie is er in blijven staan voor de situatie dat een patiënt na een dergelijke operatie overgebracht moet worden naar de intensive care.

Ad 4.

Gebleken is dat verweerder niet alleen direct na de operatie, maar ook nog in meerdere gesprekken daarna informatie aan de nabestaanden heeft gegeven. Verweerder heeft zich naar het oordeel van het college ingespannen de nabestaanden duidelijke informatie te verstrekken. Kennelijk is die informatie in eerste instantie vanwege de hevige emoties die het bericht van het overlijden van patiënt opriep, niet zo duidelijk als verweerder voor ogen stond bij de nabestaanden overgekomen. Over de in de vervolggesprekken gegeven informatie kan het college geen oordeel vellen. Van een tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen is te dezen naar het oordeel van het college geen sprake.

Ad 5.

Het lag niet op de weg van verweerder een calamiteitenmelding te doen. De verplichting tot melding van calamiteiten aan de Inspectie ligt bij de directie van het ziekenhuis. Een interne melding aan de directie dient door de hoofdbehandelaar te worden gedaan. Tuchtrechtelijk valt verweerder geen verwijt te maken.

Ad 6.

Het college is van oordeel dat in casu sprake is geweest van een natuurlijke dood, waaraan niet afdoet dat zich een calamiteit heeft voorgedaan. Reeds om die reden is dit klachtonderdeel ongegrond.

Nu de klacht op enig onderdeel - zoals hiervoor overwogen - gegrond is bevonden, zal aan verweerder een maatregel worden opgelegd. Gelet op alle omstandigheden is het college van oordeel dat de maatregel van waarschuwing passend is.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht gedeeltelijk gegrond als hiervoor overwogen en wijst deze voor het overige af.
- legt verweerder de maatregel van waarschuwing op.

Aldus beslist door mr. P.G.Th. Lindeman-Verhaar als voorzitter, mr. E.J.M. Walstock-Krens als lid-jurist, J.A.M. te Riele, L. Relik-van Wely en dr. O.J. Repelaer van Driel als

leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. C.W.M. Hillenaar als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 27 september 2012 in aanwezigheid van de secretaris.